

Informe técnico No. 3 S

---

# **Análisis del proceso de descentralización del sector de la salud del Paraguay a nivel departamental**

*Febrero de 1996*

*Preparado por:*

**Cristina Semidei**  
University Research Corporation

**María Victoria Rojas de Wickzén**  
University Research Corporation

**Tisna Veldhuyzen van Zanten, Ph.D.**  
University Research Corporation



Partnerships  
for Health  
Reform

**PHR**



Abt Associates Inc. # 4800 Montgomery Lane, Suite 600  
Bethesda, Maryland 20814 # Tel: 301/913-0500 # Fax: 301/652-3916

*En colaboración con:*

Development Associates, Inc. # Harvard School of Public Health #  
Howard University International Affairs Center # University Research Corporation



Partnerships  
for Health  
Reform

### **Misión**

*El Proyecto Colaboración para la Reforma de la Salud (Partnerships for Health Reform, PHR) se dedica a mejorar la salud de la población en países de ingresos bajos y medios por apoyar reformas del sector salud que garanticen acceso equitativo a servicios de atención de salud eficientes, sostenibles y de calidad. En asociación con colaboradores locales, PHR promueve un enfoque integrado para la reforma del sector salud y desarrolla habilidades locales en las siguientes áreas clave:*

- ▲ *Promover el diálogo y la participación en la formulación de las políticas de reforma en el sector salud*
- ▲ *Desarrollar sistemas financieros equitativos y viables*
- ▲ *Mejorar la organización y gestión de sistemas de salud*
- ▲ *Desarrollar incentivos para promover servicios de atención médica eficaces y de calidad*

*PHR avanza el conocimiento y las metodologías para desarrollar, implementar y vigilar las reformas del sector salud y su impacto, e informa y guía el intercambio de conocimientos sobre cuestiones vitales de la reforma del sector salud.*

### **Febrero de 1996**

#### **Cita recomendada**

Semidei, Cristina, María Victoria Rojas de Wickzén y Tisna Veldhuyzen van Zanten, Ph.D. Febrero de 1996. *Analysis of the Decentralization Process in the Health Sector of Paraguay. Departmental Level.* Informe Técnico No. 3. Bethesda, MD: Proyecto Partnerships for Health Reform, Abt Associates Inc.

Si desea recibir más ejemplares de este informe, diríjase al PHR Resource Center en PHR-InfoCenter@abtassoc.com o visite nuestro punto de la red [www.phrproject.com](http://www.phrproject.com).

**Contrato No.:** HRN-5974-C-00-5024-00

**Proyecto No.:** 936-5974.13

**Presentado a:** USAID/Asunción

y:  
Robert Emrey, COTR  
Health Policy and Sector Reform Division  
Office of Health and Nutrition  
Center for Population, Health and Nutrition  
Bureau for Global Programs, Field Support and Research  
United States Agency for International Development

---

# Resumen

Este informe contiene un análisis del proceso de descentralización en el sector de la salud del Paraguay al nivel de departamento y de distrito. Se basa en entrevistas con casi todos los secretarios departamentales de sanidad, directores regionales y algunos superintendentes municipales. El fin de estas entrevistas fue examinar el progreso hacia la descentralización al nivel departamental y analizar las cuestiones planteadas por el proceso. Los resultados de dicho análisis también sirven de base para esbozar las opciones de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional en cuanto al apoyo prestado a la descentralización del sector de la salud.

---

---

# Índice

<b>Índice</b> .....	<b>iii</b>
<b>Lista de cuadros</b> .....	<b>iv</b>
<b>Siglas</b> .....	<b>v</b>
<b>Reconocimientos</b> .....	<b>vii</b>
<b>Resumen ejecutivo</b> .....	<b>ix</b>
<b>1. Introducción</b> .....	<b>1</b>
1.1 Objetivos de la descentralización .....	1
1.2 Evolución del proceso .....	2
1.3 Planificación .....	3
1.4 Presupuesto .....	3
1.5 Recursos humanos .....	4
1.6 Relaciones interinstitucionales .....	5
1.7 Conclusiones .....	5
<b>2. Situación actual de los consejos departamentales y distritales de salud</b> .....	<b>7</b>
2.1 Formación de los consejos de salud .....	7
2.2 Población y servicios de salud .....	9
2.3 Asignaciones presupuestarias para sanidad por departamento .....	11
2.4 Conclusiones .....	13
<b>3. La situación por departamento</b> .....	<b>15</b>
3.1 Departamento de Concepción .....	15
3.2 Departamento de Cordillera .....	15
3.3 Departamento del Guairá .....	16
3.4 Departamento de Caaguazú .....	16
3.5 Departamento de Itapuá .....	17
3.6 Departamento de Misiones .....	17
3.7 Departamento de Paraguari .....	18
3.8 Departamento del Alto Paraná .....	18
3.9 Departamento Central .....	19
3.10 Departamento de Ñeembucú .....	19
3.11 Departamento de Canindeyú .....	19
3.12 Departamento Presidente Hayes .....	20
3.13 Departamento del Alto Paraguay .....	20
3.14 Departamento de Boquerón .....	20
<b>4. Posible programa de apoyo de la USAID</b> .....	<b>21</b>
4.1 Para crear una visión común sobre la descentralización .....	21
4.2 Criterios para seleccionar los departamentos .....	22

4.3	Componentes del proyecto piloto .....	22
4.3.1	Fortalecimiento de la capacidad institucional .....	22
4.3.2	Definición de funciones y responsabilidades a nivel central .....	23
4.3.3	Transferencia de la gestión de recursos humanos .....	23
4.3.4	Administración de recursos financieros .....	23
4.4	Sostenibilidad .....	23
<b>Bibliografía .....</b>		<b>25</b>

---

## Lista de cuadros

Cuadro 1	Situación actual de los consejos departamentales y distritales de salud pública, febrero de 1996	8
Cuadro 2	Servicios del Ministerio de Salud Pública por departamento, febrero de 1996	10
Cuadro 3	Asignaciones presupuestarias para gastos de sanidad por departamento, en guaraníes, 1996	12

---

# Siglas

<b>FIU</b>	<i>Florida International University</i> (Universidad Internacional de la Florida)
<b>INVEC</b>	Sistema computadorizado de control de inventario
<b>IPS</b>	Instituto de Previsión Social
<b>MSPyBS</b>	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
<b>OPS/OMS</b>	Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud
<b>PHR</b>	<i>Partnerships for Health Reform</i> (Colaboración para la Reforma del Sector de la Salud)
<b>RHUDO/SA</b>	Desarrollo de la Vivienda y Urbano Regional/Sudamérica (Regional Housing and Urban Development/South America)
<b>SIF</b>	Sistema de Información Financiera del MSPyBS
<b>USAID</b>	<i>United States Agency for International Development</i> (Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional)



---

# Reconocimientos

Este informe es el resultado de un trabajo de consulta realizado por el proyecto Colaboración para la Reforma de la Salud. El equipo contó entre sus miembros a Cristina Semidei, María Victoria Rojas de Wickzén y Tisna Veldhuyzen van Zanten.

Las siguientes personas participaron en la recopilación de datos: Dr. Oscar Dennis, Gobernador del Departamento de Concepción, el Secretario de Salud Pública, el Director Regional de Salud Pública y el Director del Centro de Salud Pública de Concepción.

Los autores también agradecen la asistencia prestada por Barbara Kennedy y Todd Sorenson de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional/Asunción, y por el personal del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.



---

# Resumen ejecutivo

El proceso de descentralización, instituido en el Paraguay sólo recientemente, ha adquirido un aspecto de casi inevitabilidad. La descentralización se ha convertido en el punto de coincidencia para los funcionarios elegidos democráticamente y los grupos de la comunidad cuyo objeto es introducir cambios. En todos los sectores y regiones geográficas, representantes de los principales partidos políticos han debatido la participación de los ciudadanos en las decisiones que afectan al público, planteando al mismo tiempo con mayor claridad las necesidades de la población. El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS) ha sido una de las instituciones más activas del país en cuanto a la descentralización del proceso decisorio.

Los tres organismos estatales que se ocupan de la salud pública a nivel regional—las secretarías de salud pública de los Gobiernos departamentales, las direcciones regionales del MSPyBS y las municipalidades—son los protagonistas principales del proceso de descentralización. Por otra parte, el Instituto de Previsión Social y varios comités de salud pública también desempeñan un papel concreto en cada región.

Basándose en entrevistas de casi todas las secretarías departamentales de salud pública, directores regionales y algunos intendentes municipales, en este informe se proporciona un análisis de la situación de la descentralización en el sector de la atención de la salud a nivel de departamento y de distrito. En el mismo se examina el progreso logrado en materia de descentralización a nivel departamental y se analizan las cuestiones planteadas por el proceso. Los resultados de este análisis también sirven de base para especificar las opciones para el apoyo que pueda prestar la Misión de la *United States Agency for International Development* (USAID) en Asunción a la descentralización en materia de salud pública.

En la primera parte de este informe se presenta una reseña del progreso logrado en la descentralización en el sector de sanidad a nivel departamental, incluida la evolución del proceso. En la segunda parte se presenta el estado de las actividades para organizar los consejos de salud departamentales y distritales. La tercera parte contiene datos específicos sobre la situación de la descentralización en determinados departamentos. La última sección se refiere a la justificación del apoyo de la USAID al proceso de descentralización, describiéndose posibles sectores para tal apoyo.

---

# 1. Introducción

En el Paraguay, los recursos asignados al sector de la atención de la salud son administrados por tres organismos al nivel regional o departamental:

- ▲ **Gobiernos departamentales:** Los gobiernos departamentales electos han establecido secretarías de salud pública e iniciado actividades concretas dentro de sus respectivas limitaciones presupuestarias. También han comenzado a organizar consejos departamentales de salud pública para coordinar las actividades de salud en el departamento. Actualmente, hay doce departamentos con programas de salud y recursos financieros asignados.
- ▲ **Direcciones regionales del Ministerio de Salud Pública.** Estas oficinas regionales toman la iniciativa en la planificación del sector de sanidad en todas las regiones del país.
- ▲ **Municipalidades:** Algunos gobiernos municipales han comenzado a formar consejos de distritos (locales) de salud pública. Los intendentes municipales también pueden incluir actividades de sanidad en sus presupuestos.

No obstante, no hay mecanismos formales para coordinación y conciliación entre estos tres organismos. La coordinación que tiene lugar en algunos departamentos depende totalmente de la buena voluntad de los participantes. En otros departamentos, hay una falta completa de conciencia y consideración de los planes estratégicos de otras entidades.

Esta sección comienza con un análisis de los objetivos y evolución de la descentralización del sector de la salud pública, y luego se analiza el proceso a nivel departamental con respecto a la planificación, los presupuestos, la gestión de recursos humanos y las relaciones entre instituciones. Dichos aspectos representan elementos vitales del proceso para transferir las decisiones a aquellos niveles que se hallen más cercanos a la población.

---

## 1.1 Objetivos de la descentralización

Tal como se definieron en el análisis general de la descentralización del sector de la salud, efectuado en diciembre de 1995, dicha descentralización tiene los siguientes objetivos:

- ▲ Transferir la autoridad para tomar decisiones a los niveles administrativos encargados de la prestación de servicios de sanidad a la población —los consejos de salud pública distritales—. Una implicación de tal transferencia es una mayor autonomía de las autoridades regionales y locales en cuanto al uso de los recursos humanos y financieros. Mediante dicha autonomía, los establecimientos de salud pública adquirirían la facultad de administrar recursos financieros, de planear sus propias actividades, tomar decisiones en cuanto al personal, determinar las necesidades de medicamentos, etc.
- ▲ Llevar a cabo programas de salud pública que respondan eficazmente a las necesidades y exigencias de la población, mediante la participación activa de localidades y proveedores de servicios de atención médica.
- ▲ Dar la oportunidad a las localidades y a las organizaciones interesadas de que participen activamente en la formulación de los programas de salud pública. El objeto es que, al adquirir la

localidad un mayor control de los recursos y programas, estos últimos serán más eficientes y la calidad de la atención médica mejorará.

- ▲ Crear una mayor conciencia de que las actividades sanitarias llevadas a cabo por los diversos participantes del proceso de descentralización deben complementarse, deben basarse en diagnósticos realistas de los problemas, y administrarse en forma transparente.

Comparando los objetivos mencionados con el estado actual de la descentralización en los departamentos, podemos concluir que el Ministerio de Salud Pública ha tomado la iniciativa al comenzar el proceso de descentralización eficaz. Ha establecido estructuras de colaboración con gobiernos departamentales a través de reuniones mensuales con las secretarías de salud pública. Ha continuado el proceso de desconcentración iniciado en 1989, administrando los programas de salud a través de sus directorios regionales.

---

## 1.2 Evolución del proceso

En 1915 la Ley 112 crea la Asistencia Pública Nacional y la Comisión Nacional de Asistencia Pública y Beneficencia Social, centralizando los servicios públicos y privados de atención de la salud en un organismo estatal especial. Anteriormente era el Ministerio del Interior el ente del cual dependían.

En 1936 es promulgado el Decreto Ley 2001 que crea el Ministerio de Salud Pública y aprueba su Ley Orgánica. La desconcentración del Ministerio de Salud Pública comienza en 1940, cuando se constituyen los primeros distritos sanitarios (Concepción, Encarnación, San Pedro, San Ignacio, Guairá). Dicha desconcentración tuvo lugar solamente en la prestación de los servicios, mientras que su administración siguió centralizada. Sin embargo, las regiones sanitarias podían retener y utilizar los aportes de las localidades; podía contratarse personal, siempre que se aplicaran criterios preestablecidos para todo el país. Dichas disposiciones se introdujeron formalmente en el Primer Plan Nacional de Salud (1957), que definía también las funciones de los centros de salud regionales y distritales, y de los puestos de salud.

La resolución SG No. 21 de 1961 estableció las funciones de los directores de las regiones sanitarias. Posteriormente se produce un retroceso en este promisorio proceso y por Resolución No. 2 se elimina la facultad de las regiones de trasladar el personal. En 1980 se aprueba el Código Sanitario, y el Ministerio de Salud Pública adquiere funciones de mayor alcance en la administración del sector de la salud. En la Resolución SG No. 131 de 1982 se redefinen las funciones de los directores regionales y se les vuelve a permitir que trasladen al personal dentro de sus regiones y elaboren anteproyectos de presupuestos. Por Resolución SG No. 53 de 1982 se crean los comités de salud pública para facilitar la participación de la población. Estos comités surgieron de la necesidad de organizar de mejor manera los aportes de la población local a los servicios de sanidad.

El Código Sanitario define la función de un Consejo Nacional de Salud "...como un foro para la coordinación y conciliación interinstitucional y comunitaria...para canalizar los planes, programas y proyectos nacionales, regionales y locales hacia las prioridades determinadas en los diversos aspectos de la acción sanitaria". La Resolución SG No. 91 de 1994 reorganiza el Consejo Nacional de Salud. En el mismo año se promulga la Ley No. 426 —Ley Orgánica del Gobierno Departamental— por la que se crean los gobiernos y secretarías de sanidad departamentales.

El Consejo Nacional de Salud fue creado por el Decreto Ley N° 1024/89. En la reglamentación que rige las operaciones del consejo se propone la formación de consejos departamentales y distritales de salud, sin definirse no obstante su *modus operandi*. El 20 de diciembre de 1995, en una reunión de los secretarios de sanidad, intendentes municipales y directores regionales se firma un Acta de Compromiso que establece como tarea urgente "continuar impulsando la causa de la descentralización, como una forma de lograr un desarrollo sostenido para mejorar la calidad de vida de los habitantes de nuestros departamentos y distritos". Ese mismo mes, el acuerdo fue ratificado al

expedirse la Cámara de Diputados aprobando el proyecto de ley que crea el Sistema Nacional de Salud. En dicha ley se enuncia la función desempeñada por los consejos de salud como extensiones descentralizadas del Consejo Nacional de Salud.

---

### **1.3 Planificación**

La elaboración del plan anual de atención de la salud para las gobernaciones está a cargo de las secretarías de salud pública de los departamentos. Éstas se encargan de recabar datos y de efectuar un diagnóstico regional a partir del cual, de acuerdo con las pautas adoptadas por la gobernación, se determinan las prioridades de los programas. En algunos casos, dicha información es examinada general e informalmente con la dirección de salud regional del Ministerio de Salud Pública, con el objeto de lograr una mejor complementación de las actividades de los dos organismos mencionados. Por ejemplo, en un departamento, cuando la población asignada a la dirección regional superó la capacidad de ésta, la secretaría de sanidad suministró la atención requerida al grupo no cubierto.

Sin embargo, lo más frecuente es que las actividades planeadas por las secretarías de salud estén totalmente disociadas de las de las direcciones de sanidad regionales, y que en ellas no se empleen en absoluto los datos sobre la población recopilados por estas últimas. La experiencia reciente indica que ambos tipos de organismo llegan a cabo actividades similares, por lo que se está tratando de lograr una mayor coordinación, por lo menos de actividades específicas a corto plazo.

A nivel de distrito, no está sistematizada la recopilación, organización, análisis y diseminación de datos relativos a cuestiones sanitarias. Los intendentes municipales no realizan análisis sistemáticos de problemas locales, ni organizan discusiones sobre los análisis de necesidades. Las reuniones sólo se llevan a cabo por iniciativa de los gobernadores de distritos, y tratan solamente sobre determinados temas.

El organismo que toma la iniciativa en materia de planificación dentro de los departamentos es el de las direcciones regionales del Ministerio de Salud Pública. Tales direcciones han establecido sistemas en todas las regiones, con evaluaciones periódicas basadas en diagnósticos locales a nivel distrital. Sin embargo, hasta hoy esos planes y los resultados de las evaluaciones no son formalmente compartidos con otras entidades, tales como las secretarías de salud pública.

---

### **1.4 Presupuesto**

La asignación y el traspaso de los fondos a dos de las tres entidades responsables de administrar los fondos para los servicios de salud pública en la región —las secretarías de salud pública y las direcciones regionales de salud— las determina el Gobierno central a través del Ministerio de Finanzas y del Ministerio de Salud Pública, independientemente del origen de los fondos. En ambos casos, el estudio y aprobación de los anteproyectos de presupuestos corresponden al Congreso Nacional.

En el caso de las municipalidades, están facultadas para resolver cuestiones presupuestarias. Los presupuestos locales son aprobados por las juntas municipales. Se supone que el Ministerio del Interior reciba la información necesaria que respalde las ordenanzas municipales, a través de la Dirección de Municipalidades. Aun cuando dicha comunicación no tenga lugar, la ordenanzas municipales conservan su validez.

La elaboración de sus respectivos presupuestos es responsabilidad de los gobernadores, directores regionales y administradores municipales, y no se requiere la coordinación entre ellos. Todos los presupuestos se rigen por la Ley Orgánica de Presupuesto No.14/68, que establece que deben ser elaborados mediante la técnica de “presupuesto por programas”, los cuales pueden ser tanto de “acción” como de “administración”. Los programas de

salud pública se consideran programas de acción, pero no es obligatorio incluir programas de salud pública en los presupuestos de departamento ni de distrito, ni tampoco existen directrices acerca del porcentaje de los fondos que debe asignarse a los gastos de salud pública.

Se supone que los consejos de salud distritales planteen los programas de acción a sus autoridades ejecutivas (secretarías de salud pública, gobernadores, intendentes municipales), para que ellos determinen, en consonancia con los demás prioridades regionales, la viabilidad de presupuestar los montos planteados.

En las direcciones regionales del Ministerio de Salud Pública, las unidades de servicio desconcentradas (centros y puestos de salud) generan recursos cobrando precios mínimos por ciertos servicios. Las instalaciones de sanidad no participan en la elaboración del presupuesto regional. Más bien, presentan actividades de salud programadas y estiman sus necesidades para ejecutar estos programas, aunque no en términos económicos. Asimismo, los administradores de los centros de prestación de servicios desconocen el presupuesto regional total disponible ni la cantidad que su propio centro recibirá, lo cual dificulta aún más la tarea de planificar con eficacia los programas.

Por último, el Ministerio de Salud Pública carece de un sistema de contabilidad de costos que pueda ofrecer información exacta acerca de los gastos e ingresos generados por la provisión de servicios. No hay sistema de vigilancia que permita controlar la calidad y el uso eficiente de los recursos al nivel de centro de salud.

---

## **1.5 Recursos humanos**

Los gobiernos departamentales, como organismos nuevos, con presupuestos en proceso de definición, no parecen tener un exceso de funcionarios, aunque es difícil estimar la idoneidad de sus recursos humanos sin un análisis detallado de las actividades asignadas.

En cambio, tanto las direcciones regionales como las intendencias municipales han heredado planteles de personal incorporado a la Institución por dirigentes anteriores en muchos casos sin un criterio selectivo. Las municipalidades, en la generalidad de los casos, tratando de optimizar sus recursos y con el objeto de dar pruebas de la eficiencia del intendente actual, han reducido su plantel de personal, gracias a la autonomía y autoridad de que disponen.

El caso de las direcciones regionales es bien diferente. Su personal forma parte de un gran grupo de trabajadores sanitarios (aproximadamente 11.000 funcionarios) distribuidos por todo el país, cuyos nombramientos y lugares de prestación de servicios no siempre están de acuerdo con las necesidades de las poblaciones. Además, la administración del personal sigue siendo potestad del nivel central del Ministerio de Salud Pública, independientemente del lugar en que trabaje el personal. Los directores regionales sólo tienen autoridad para reasignar al personal dentro de la propia región, pero no pueden contratar ni despedir personal. Actualmente, la mayoría de los nombramientos de los funcionarios cuentan por adelantado con el aval de los directores regionales, aun cuando no hayan solicitado tales asignaciones y aun cuando el Ministerio no haya solicitado dicha aprobación.

Las remuneraciones no siempre están relacionadas con el nivel de capacidad y responsabilidad del empleado. El director regional puede hacer ajustes salariales sólo en ciertos casos. Hay algunos ejemplos de apoyo proporcionado por las intendencias y gobiernos departamentales para complementar los salarios o proporcionar personal adicional a los centros y puestos de salud, aunque estas situaciones no responden a ningún plan global ni acuerdo institucional explícito.

Hay consenso entre las tres instituciones protagonistas en el sentido de apoyar conjuntamente a los promotores de la sanidad, quienes colaboran en forma voluntaria, desde las bases, en las actividades de salud pública, especialmente en la educación y la atención primaria sanitarias.

El personal de menor nivel necesitará tener la capacidad para asumir, administrar y dirigir nuevas actividades bajo un sistema descentralizado. La falta de conocimientos y experiencia administrativos es más evidente al nivel municipal.

---

## **1.6 Relaciones interinstitucionales**

En las secciones anteriores se han mencionado las acciones recíprocas entre las tres instituciones protagonistas de este proceso de descentralización del sector de la salud pública. Pero es importante reiterar que no existe ningún mecanismo de comunicación ni foro formal para la coordinación entre las tres instituciones, ni hay vías de comunicación permanentes entre los organismos para el debate de temas sanitarios o el intercambio de información sobre sus respectivos programas de acción. La coordinación que pueda haber es el resultado de la buena voluntad de los responsables respectivos. Por invitación del Ministerio de Salud Pública, los secretarios de salud de los departamentos han empezado a reunirse mensualmente con el gabinete ministerial para tratar sobre sus actividades y mantenerse informados de las disposiciones y acciones ministeriales a nivel regional.

En cuatro departamentos (Caaguazú, Paraguarí, Misiones y Alto Paraguay), los cargos de director regional y de secretario de salud son asumidos por la misma persona. Dichas personas ya ejercían el cargo de directores regionales cuando fueron convocados para el de secretarios. Para ellas, ha sido considerablemente más fácil asumir la dirección de los consejos de salud regionales (presididos normalmente por el secretario de salud), dado su conocimiento de la situación sanitaria regional y local. Además, la población siente un cierto respecto por el cargo de director regional por su carácter de representante local del ministro de Salud Pública, y por su “autoridad” para aprobar la prestación gratuita de servicios en caso de necesidad (aunque se cobra por los servicios, los montos frecuentemente son simbólicos, y no están basados en ningún estudio de costos ni de las condiciones económicas de los beneficiarios).

Otro programa que no es fácil de encuadrar en el plan de descentralización del sector de la salud pública es el programa de asistencia social dirigido por el Instituto de Previsión Social (IPS), con unidades asistenciales en todo el país, de la misma forma que los servicios del Ministerio de Salud Pública. Este programa desarrolla sus actividades independientemente de otras instituciones. El IPS no participa en ninguna programación ni actividades regionales de atención de la salud, ni en la evaluación de los programas de las direcciones regionales. Aunque las instalaciones del Ministerio de Salud Pública prestan servicios a los afiliados al IPS, no se reembolsan tales servicios.

---

## **1.7 Conclusiones**

El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Familiar ha estado fortaleciendo sus sistemas administrativos a nivel regional desde 1989 mediante la capacitación de los empleados, la organización de sistemas informáticos y la introducción del Sistema de Información Financiera (SIF), productos de la asistencia técnica de la USAID dentro del programa del Ministerio para el fortalecimiento institucional.

El sistema computadorizado de inventario de medicamentos (INVEC) actualmente en uso en el nivel central está estructurado para funcionar en red en todas las regiones sanitarias. El programa de capacitación de la gerencia, introducido durante 1994 y 1995, que incluyó la participación de funcionarios de todas las regiones, ha preparado al personal para asumir las responsabilidades resultantes de la descentralización. Otra mejora ha sido el establecimiento de planes operacionales orientados hacia el fortalecimiento de los sistemas regionales, específicamente mediante la definición de funciones y de estructuras. Este componente incluye definiciones propuestas de funciones complementarias para el director regional y el secretario de salud. Tales propuestas han sido presentadas por el

Ministro de Salud Pública a los secretarios de salud y directores regionales, pero no han sido formalmente complementadas.

Como ya se ha mencionado, pese a la buena voluntad del Ministerio de Salud Pública y de los gobiernos regionales, la falta de claridad acerca del proceso de descentralización y de acuerdos formales entre las instituciones participantes ha frenado el progreso hacia un sistema que permita tomar decisiones descentralizadas. Esto es exacerbado por la tensión entre los secretarios de sanidad y los directores regionales, debida en parte a la duplicación de responsabilidades entre dichos cargos, a la falta de funciones claramente definidas, y al carácter volátil de estos nombramientos. Además, la situación del país también es volátil e incierta, enfrentando el partido gobernante en estos momentos elecciones internas. En algunos casos, en las campañas políticas del partido gobernante se han usado recursos de salud pública con fines electorales.

Los intendentes municipales dejarán sus cargos en 1996, porque no pueden ser reelegidos. Por este motivo, ha habido una falta de interés en iniciar actividades u organizar grupos de población, ya que las actividades complementarias subsiguientes no serían posibles. Las campañas electorales de los nuevos candidatos han atacado estas deficiencias en los actuales gobiernos municipales.

A pesar de la cautela, existe la voluntad y la determinación de proceder a la descentralización, que merece el apoyo directo a todos los niveles afectados. En la última sección de este informe se describe un proyecto piloto para proporcionar dicho apoyo.

---

## 2. Situación actual de los consejos departamentales y distritales de salud

En esta sección se comparan los esfuerzos realizados hasta la fecha en cada departamento para establecer consejos de salud departamentales y de distrito (locales), proceso que figura en la carta de compromiso firmada por las direcciones regionales de salud y las secretarías de salud en diciembre de 1995. También se incluye una comparación de los recursos para la atención de la salud.

---

### 2.1 Formación de los consejos de salud

Hasta la fecha, diez departamentos han formado consejos departamentales de salud, y siete han organizado uno o varios consejos distritales. Esto demuestra la determinación de los gobiernos departamentales de seguir adelante con la introducción de estructuras descentralizadas en el sector de la sanidad. Los consejos formados siguen las pautas generales expuestas en el Reglamento General del Consejo Nacional de Salud (Sección 2).

En el *Cuadro 1* se describen los dos tipos de consejos en cada departamento. Cuando está marcada la columna que dice “Formado”, ello significa que un consejo ha sido creado, ha tenido por lo menos una reunión, y tiene algún documento local que formaliza sus operaciones. En algunos casos, los consejos fueron formados por las direcciones regionales (p. ej., en Misiones), en otros, por la secretaría departamental de salud o por la junta departamental (p. ej., en Caaguazú y en Concepción). El cuadro también indica si un consejo ha sido reconocido por resolución del Consejo Nacional de Salud. La columna que indica si los consejos están “en funcionamiento” indica si han llevado a cabo otras actividades aparte de su reunión constituyente. La columna titulada “Consejos distritales constituidos” indica el número de consejos locales o distritales que se han constituido formalmente pero de los que no se dispone de información.

Cabe señalar que el Acta de Compromiso fue firmada por las direcciones regionales y los secretarios de sanidad el 20 de diciembre de 1995, casi al comienzo de las vacaciones, cuando los programas se están cerrando, y cuando el Ministerio de Salud Pública y las secretarías de salud ya han finalizado sus presupuestos para el año próximo. Este análisis se llevó a cabo durante el mes de febrero, cuando los funcionarios estaban volviendo a su trabajo después de las vacaciones y había otras cuestiones urgentes que requerían su atención inmediata, tales como la campaña contra el cólera. El hecho de que cierto número de consejos estuvieran ya activos demuestra el interés local en proceder con la descentralización. Los consejos que no estaban funcionando aún tenían planes para iniciar sus actividades.

Se usan diversos términos intercambiamente para referirse a estos organismos, entre ellos “comisiones”, “consejos” y “comités”, entre otros. El Consejo Nacional de Salud en su reglamento general establece los términos de consejos “departamentales” y “distritales”. Sin embargo, en el proyecto de ley que crea el Sistema Nacional de Salud —que ha sido aprobado por la Cámara de Diputados y está siendo analizada por el Senado— se utilizan los términos “consejo regional” y “consejo local” de salud pública.

**Cuadro 1**  
**Situación de los consejos departamentales y distritales de salud pública, febrero de 1996**

Departamento	Población (censo 92)	Municipios	Consejos departamentales			Consejos distritales formados
			Formado	Aprobado por C.N.S.	En funcio- namiento	
Concepción	167.289	6	✓			
San Pedro	280.336	17	N/D	N/D	N/D	N/D
Cordillera	198.701	20	✓	✓	✓	2
Guairá	161.991	17	✓		✓	–
Caaguazú	386.412	19	✓	✓	✓	1
Caazapá	129.352	9				
Itapuá	377.536	29				
Misiones	89.018	10	✓	✓	✓	2
Paraguarí	208.527	17	✓	✓	✓	12
Alto Paraná	406.584	18				4
Central <sup>1</sup>	1367.794	19	✓	✓	✓	3
Ñeembucú	69.770	16				
Amanbay	99.860	3	N/D	N/D	N/D	N/D
Canindeyú	103.785	7	✓	✓	✓	
Pdte. Hayes	64.417	4	✓	✓	✓	1
Alto Paraguay	12.156	2				
Boquerón	29.060	1	✓	✓	✓	–
<b>Total</b>	<b>4.152.588</b>	<b>214</b>	<b>10</b>	<b>8</b>	<b>0</b>	<b>25</b>

N/D = no hay datos

✓ = sí

□ = no

<sup>1</sup> Central Incluye Gran Asunción

Hay otra clase de comité de salud organizado a nivel de barrio en el que participa gente de todos los niveles de la población, y que funciona conforme a sus propios objetivos claros y concretos. Puede haber hasta 100 de estos comités en una región sanitaria. Son reconocidos por el Ministerio de Salud Pública central y constituyen otro medio muy importante de participación de la población, aunque no se mencionan formalmente en el Proyecto de Ley Nacional de Salud ni en el reglamento del Consejo Nacional de Salud.

En casi todos los departamentos los consejos tanto departamentales como distritales apenas están iniciando sus actividades. El apoyo ofrecido por la Universidad Internacional de la Florida (FIU) se concentró básicamente en la creación de los consejos. A través de dos seminarios, los protagonistas del sector de la sanidad a nivel departamental —secretarios de salud, directores regionales, e intendentes— se dedicaron a crear consejos según el reglamento del Consejo Nacional de Salud. En el período de cuatro meses entre los dos seminarios; se lograron adelantos importantes en los diez departamentos que participaron. Aunque la FIU se concentró en la creación de consejos distritales, algunos departamentos prefirieron constituir en primer lugar consejos departamentales. Uno de los obstáculos más grandes para que los consejos comenzaran realmente a trabajar ha sido la falta de comprensión de las funciones respectivas de los dos tipos de consejo y la incapacidad de sus miembros para asumir sus funciones.

En general, el secretario de salud preside el consejo departamental de salud, desempeñando el director regional el cargo de vicepresidente. Los consejos formados han tratado de incluir representantes de la población de grupos profesionales que trabajan en el sector de la sanidad, lo cual aparentemente ha sido logrado por la mayoría de los consejos.

El próximo paso será hacer participar eficazmente a la población local en la labor de los consejos. Existen importantes diferencias geográficas entre los distritos que afectarán a la forma en que las comunidades podrán participar y participarán de hecho. Por ejemplo, algunos distritos tienen poblaciones mayormente urbanas en una zona geográfica limitada, mientras que otros abarcan un área geográfica mayor con una población dispersa. Lograr la representación de diferentes intereses de la población en zonas extensas y dispersas será una tarea difícil.

---

## 2.2 Población y servicios de salud

El *Cuadro 2* presenta información sobre la población, las autoridades gubernamentales y las instalaciones a nivel departamental. Los datos sobre la población provienen del último censo oficial, realizado el año 1992. El cuadro proporciona información sobre los servicios de salud pública prestados por el Ministerio de Salud Pública, pero no incluye instalaciones de sanidad a nivel departamental y de distrito operadas por otros organismos. Por ejemplo, no hay datos exactos sobre instalaciones administradas por el IPS, que atiende a trabajadores del sector privado, ni por proveedores privados de atención médica.

El cuadro también indica la distribución geográfica de la asistencia primaria de donantes. Esta información es relativa a la ayuda proporcionada a distintas actividades de salud pública. En la actualidad, ninguno de los programas indicados se dedica particularmente a la descentralización ni el fortalecimiento de las estructuras representativas y de planificación a nivel regional y local.

En todos los departamentos, los gobernadores y secretarios de sanidad provienen del mismo partido político. No obstante, en algunos casos, los secretarios de otros organismos departamentales (por ejemplo, educación, obras públicas) pertenecen de diferentes partidos políticos.

**Cuadro 2**  
**Servicios del Ministerio de Salud Pública (MSP) por departamento, febrero de 1996**

Departamento	Población	Número de médicos del MSP	Número de hospitales del MSP	Número de centros de salud del MSP	Número de puestos de salud del MSP	Donantes que patrocinan programas de sanidad
Concepción	167.289	27	1	5	26	BM
San Pedro	280.336	20	1	10	42	BM
Cordillera	198.701	63	1	18	18	BID
Guairá	161.991	33	1	8	28	BID
Caaguazú	386.412	47	1	11	50	BID
Caazapá	129.352	12	1	8	29	BID/JICCA
Itapuá	377.536	63	1	13	62	ESP/GTZ
Misiones	89.018	25	1	10	17	ESP/GTZ
Paraguarí	208.527	37	2	15	23	BID
Alto Paraná	406.584	70	1	7	38	WB
Central	1.367.794	130	2	18	23	BID
Ñeembucú	69.770	11	1	4	26	ESP/GTZ
Amanbay	99.860	28	1	3	14	BM
Canindeyú	103.785	8	1	3	18	BM
Pdte. Hayes	64.417	24	1	4	19	ESP./GTZ
Alto Paraguay	12.156	6	1	2	11	BM
Boquerón	29.060	2	1	3	12	ESP./GTZ

BID = Banco Interamericano de Desarrollo  
 BM = Banco Mundial  
 ESP = Compañía española  
 GTZ = Compañía holandesa  
 JICCA = Agencia de Ayuda Japonesa

---

### 2.3 Asignaciones presupuestarias para sanidad por departamento

Una condición esencial para el éxito de la descentralización es la transferencia del control sobre los recursos presupuestarios para la salud pública. La gestión descentralizada de los presupuestos también ofrece la posibilidad de una mayor transparencia de los gastos públicos que hagan los representantes locales y la población. Los datos financieros de los gastos específicos por distrito son más fáciles de comprender para los miembros de la población que los datos agregados a nivel nacional. También es más fácil responder por el uso de los fondos cuando los encargados de la supervisión conocen tanto los programas que se realizan como las condiciones locales en las que dichos programas se ejecutan.

El proceso presupuestario actual en los departamentos, municipalidades e instalaciones de sanidad no es transparente ni descentralizado. No obstante, a pesar del control estricto ejercido sobre las asignaciones presupuestarias a nivel central, las direcciones regionales han sido facultadas para elaborar sus propios presupuestos y trabajan con sus respectivos diputados departamentales para conseguir apoyo para sus propuestas. La ejecución del SIF a nivel central también ha sido un paso positivo en este proceso ya que proporciona información actual a las regiones sanitarias sobre el nivel de los desembolsos presupuestarios en cualquier momento.

El presupuesto departamental total presenta los montos aprobados por el Congreso Nacional para cada departamento. Estos fondos son administrados por los gobiernos departamentales respectivos a través de sus cuentas en el Ministerio de Finanzas.

El presupuesto departamental destinado a sanidad es la parte del presupuesto departamental destinada a actividades de sanidad cuyos planes hayan sido estudiados por el Ministerio de Salud Pública y el Congreso Nacional. Destinar gastos a sanidad es una decisión tomada por los gobiernos departamentales, y no es requerido por ley. No hay uniformidad en la asignación de presupuestos de sanidad entre los departamentos. El cuadro indica el porcentaje del presupuesto total que se gasta en atención de la salud, que incluye fondos administrados por los gobiernos departamentales que se asignan a programas específicos de salud pública.

El cuadro también indica la cantidad asignada del presupuesto general del Ministerio de Salud Pública para cada región sanitaria. Esas cantidades son administradas por las direcciones regionales que depositan los fondos en el Ministerio de Finanzas y posteriormente piden el uso de los fondos contra los depósitos. (Incluso los ingresos cobrados por las unidades de provisión de servicios mismas son enviados al Ministerio de Finanzas).

Ambos presupuestos regionales —de gobiernos departamentales y de las direcciones regionales— se mantienen totalmente separados, desde su preparación hasta el gasto y declaración finales. De la misma manera, el presupuesto del Instituto de Previsión Social para cada departamento es separado y tampoco se comparte con otras instituciones relacionadas con la sanidad.

El Cuadro 3 presenta la distribución de fondos para los programas de acción sanitaria por departamento para 1996.

<b>Cuadro 3</b>				
<b>Distribución presupuestaria para gastos de sanidad por departamento, en guaraníes, 1996</b>				
<b>Departamentos (o regiones sanitarias)</b>	<b>Presupuesto departamental total</b>	<b>Presupuesto departamental para salud</b>	<b>Porcentaje del presupuesto total de salud</b>	<b>Presupuesto del Ministerio de Salud Pública</b>
Concepción	3.564.283.598	47.165.270	2,77	5.928.259.800
San Pedro	3.250.942.600	74.169.500	3,62	5.493.944.530,00
Cordillera	3.975.119.176	125.750.000	6,06	6.374.445.500,00
Guairá	2.641.643.450	133.001.310	5,03	5.181.130.000,00
Caaguazú	5.369.037.096	34.537.500	1,00	6.335.406.600,00
Caazapá	3.125.001.481	19.500.000	1,01	4.003.043.600,00
Itapúa	4.757.866.372	N/D		7.637.050.100,00
Misiones	3.171.313.100	107.433.100	6,12	4.305.323.400,00
Paraguarí	3.351.131.500	77.650.000	419,00	5.161.154.600,00
Alto Paraná	6.443.936.000	310.388.000	7,20	8.108.333.600,00
Central <sup>1</sup>	8.884.096.365	806.754.000	13,00	17.897.557.800,00
Ñeembucú	3.165.000.000	158.000.000	9,19	3.924.046.450,00
Amanbay	3.463.844.335	N/D		3.988.782.900,00
Canindeyú <sup>2</sup>	3.584.849.741	N/D		3.258.274.600,00
Pdte. Hayes	3.094.273.224	28.600.000	1,37	4.140.288.350,00
Alto Paraguay	3.141.943.225	N/D		2.685.308.300,00
Boquerón	3.621.882.400	N/D		2.543.880.400,00
Total	68.606.163.663	1.922.948.680		96.966.230.530,00
<sup>1</sup>	Incluye Gran Asunción			
<sup>2</sup>	No tiene presupuesto asignado específicamente a salud			
N/D	No hay datos			

---

## 2.4 Conclusiones

La diferencia entre los departamentos en el progreso logrado hacia la descentralización parece tener relación con el hecho de que algunos gobernadores le dan más importancia al sector de la salud pública o tienen más influencia en sus juntas departamentales que otros. Como resultado, algunos departamentos están procediendo con la creación de consejos departamentales y distritales de salud, y han asignado recursos de sus presupuestos anuales a la sanidad. Otros departamentos están iniciando actividades en colaboración con las direcciones regionales de salud pública.

No hay ningún mandato ni calendario para realizar estas actividades establecido por el Ministerio de Salud Pública, el Consejo Nacional de Salud o el Congreso. Sin embargo, hay un entusiasmo creciente a nivel local por proceder con la descentralización, y los departamentos están comenzando a compartir mutuamente sus experiencias entre ellos, lo cual contribuiría a continuar y acelerar el proceso.



---

## 3. La situación por departamento

---

### 3.1 Departamento de Concepción

- ▲ Población: 170.000 habitantes
- ▲ Estructura de sanidad: 6 distritos; tiene dificultades logísticas ocasionadas por la falta de carreteras en el departamento.
- ▲ Consejos: El Consejo Departamental de Sanidad ha sido creado en virtud de una ordenanza de la Junta Departamental que reglamenta su constitución, objeto y funciones. La intención declarada de crear los consejos distritales de salud no se ha concretado. El departamento está interesado en realizar un programa piloto de descentralización, en el que los administradores de recursos de salud ensayarían la coordinación de la planificación y la ejecución de actividades.
- ▲ Planificación: La gobernación ha incluido actividades de sanidad en su plan anual de 1996.
- ▲ Presupuesto: La gobernación tiene asignado un presupuesto para actividades de sanidad, según se indica en el *Cuadro 3*
- ▲ Relaciones entre la secretaría y la dirección regional: Las actividades están coordinadas. Incluso se han producido acuerdos interinstitucionales, lo cual indica que es factible que se compartan recursos entre instituciones. El modelo de actividades integradas en la sanidad y el desarrollo a nivel departamental, elaborado en 1994, ha sido formulado para que las autoridades y los directivos puedan tomar decisiones oportunas basándose en base a datos, y llevar a cabo planes departamentales.

---

### 3.2 Departamento de Cordillera

- ▲ Población: 198.000 habitantes
- ▲ Estructura de sanidad: 20 distritos.
- ▲ Consejos: El Consejo Departamental de Salud Pública ha sido formado, celebra reuniones y está estructurado de acuerdo con las pautas establecidas por la ley. Cuenta con la aprobación y reconocimiento de la gobernación y del Ministerio de Salud Pública. Tiene 2 consejos distritales formados, en Tobatí y Piribebuy. En Piribebuy, ciudad de 20.000 habitantes, se puso en práctica un proyecto de descentralización y municipalización del esquema sanitario, pasando el centro de salud a ser manejado por el consejo distrital y por la municipalidad local. Sería prematuro valorar los resultados de este nuevo emprendimiento, que sugiere, no obstante, la buena disposición de las autoridades ministeriales y de la gobernación.
- ▲ Planificación: La secretaría de salud pública y el consejo departamental han elaborado planes de acción que se están ejecutando con la colaboración de la comunidad, con la participación de promotores voluntarios. La dirección regional, que apoya los planes emprendidos por esa Secretaría, se encuentra abocada a disminuir la mortalidad materno- infantil del Departamento. El Proyecto del Hospital Móvil, iniciado por el consejo departamental, colaborará en la promoción y atención de la salud, haciendo llegar tales prestaciones a poblaciones subatendidas, no cubiertas por los servicios del Ministerio de Salud

Pública. Hay planes de utilizar los distritos de Piribebuy y Tobati como zonas piloto para la municipalización de los servicios de atención de la salud.

- ▲ Presupuesto: La gobernación tiene asignado un rubro para sanidad y para los dos consejos distritales que han sido formados.
- ▲ Relaciones entre la secretaría y la dirección regional: Se ha mencionado en el departamento que los servicios del Ministerio de Salud Pública llegan a sólo el 5 por ciento de la población, dejando un 95 por ciento para que sea cubierto por la secretaría. Han comenzado las primeras acciones de coordinación con el director regional del IPS, obteniendo su participación en el consejo departamental.

---

### **3.3 Departamento del Guairá**

- ▲ Población: 161.200 habitantes
- ▲ Estructura de sanidad: 17 distritos.
- ▲ Consejos: El consejo departamental de salud se encuentra constituido y ha solicitado el reconocimiento de las autoridades del Consejo Nacional de Salud. La secretaría de salud pública ha aprobado la formación de un consejo distrital en la capital del departamento (Villarrica).
- ▲ Planificación: La secretaría de salud pública está elaborando su plan de salud pública de 1996. Todavía no se ha dispuesto la inclusión de un rubro para el consejo departamental de salud pública en el presupuesto de sanidad de 1996.
- ▲ Presupuesto: La gobernación tiene asignado un rubro para sanidad.
- ▲ Relaciones entre la secretaría y la dirección regional: Las actividades sanitarias departamentales son debatidas con el director regional, quien ocupa la vicepresidencia del consejo departamental.

---

### **3.4 Departamento de Caaguazú**

- ▲ Población: 386.000 habitantes
- ▲ Estructura de sanidad: 19 distritos
- ▲ Consejos: Ha sido organizado el consejo departamental de salud, cuyo presidente es el secretario de salud pública. Ejerce la vicepresidencia el intendente de la capital del departamento (Coronel Oviedo), ya que el director regional y el secretario son la misma persona. (Normalmente, el director regional se desempeña como vicepresidente del consejo de sanidad departamental.) Se ha establecido el Consejo Distrital de San José de los Arroyos, y ha sido reconocido por la secretaría de salud pública.
- ▲ Planificación: No cuentan con un plan de sanidad, pero la dirección regional y la secretaría de salud pública llevan a cabo actividades conjuntas. Se han formado espontáneamente comités de sanidad de barrio en las poblaciones circundantes, que han sido autorizados directamente por el secretario de salud pública. Se han formado unos 50 de estos comités, de los cuales 29 administran farmacias sociales.

- ▲ Presupuesto: La gobernación tiene un rubro asignado a sanidad en 1996, con el fin de prestar asistencia a las campañas de desparasitación, de vacunación y otros programas de salud pública.
- ▲ Relaciones entre la secretaría de salud y la dirección regional: En este departamento, el secretario de salud pública y el director regional son la misma persona. Dicha persona considera que el cargo de secretario de salud pública es jerárquicamente más importante que el de director regional, y opina que este segundo cargo debe desaparecer, centralizándose las actividades en la secretaría de salud pública.

---

### 3.5 Departamento de Itapuá

- ▲ Población: 378.000 habitantes
- ▲ Estructura de sanidad: 29 distritos (este departamento tiene una alta densidad de población)
- ▲ Consejos: No se ha formado el consejo departamental de salud. Los funcionarios han decidido aguardar reglamentaciones específicas y la definición de funciones del Consejo Nacional de Salud antes de formar los consejos. No estaban informados sobre las reglamentaciones generales en las que se describen la organización y funcionamiento de los consejos departamentales y locales. Hay tres comités de sanidad en existencia, similares a los consejos distritales en cuanto a su reconocimiento por el departamento, en las municipalidades de Trinidad, Natalio y San Rafael. Hay planes para organizar un consejo de distrito en Coronel Bogado.
- ▲ Planificación: La secretaría de salud pública está elaborando un plan de trabajo que compartirá por último con la dirección regional.
- ▲ Presupuesto: La gobernación tiene un presupuesto asignado al sector de sanidad.
- ▲ Relaciones entre la secretaría y la dirección regional: Debido a la ausencia del secretario de salud pública (por actividades de capacitación), no se han desarrollado actividades conjuntas importantes, no obstante lo cual parece haber voluntad de coordinar las labores.

---

### 3.6 Departamento de Misiones

- ▲ Población: 89.000 habitantes
- ▲ Estructura de sanidad: 10 distritos.
- ▲ Consejos: Ha sido formado el consejo departamental. Se han organizado dos consejos distritales de salud pública (en Yabebyry y Ayolas), que han sido reconocidos por la dirección regional.
- ▲ Planificación: Los planes son elaborados por la dirección regional, ya que la persona que ejerce la secretaría de salud había desempeñado antes el cargo de director regional.
- ▲ Presupuesto: La secretaría de salud tiene su propio presupuesto. Las dos municipalidades con consejos distritales respaldan las actividades sanitarias con recursos locales.

- ▲ Relaciones entre la secretaría de salud y la dirección regional: En este departamento, ambos cargos son ejercidos por la misma persona. Ambas instituciones están trabajando en un proyecto de agentes rurales y promotores voluntarios.

---

### **3.7 Departamento de Paraguari**

- ▲ Población: 210.000 habitantes
- ▲ Estructura de sanidad: 17 distritos.
- ▲ Consejos: Ha sido formado el consejo departamental, con la aprobación del Consejo Nacional de Salud. Se han creado 12 consejos distritales en los dos meses pasados, con la aprobación de la secretaría de salud pública. No hay información sobre el funcionamiento de dichos consejos.
- ▲ Planificación: Se han preparado planes de acción. Los intendentes apoyan el proceso de descentralización.
- ▲ Presupuesto: La gobernación tiene presupuesto asignado para sanidad, que es complementado por el de la dirección regional. Con estas dos fuentes presupuestarias, el departamento está en condiciones de asignar fondos para las actividades de centros y puestos de sanidad, para el pago de salarios, la contratación de profesionales, el mantenimiento de equipos, el mantenimiento y reparación de la infraestructura física, y la adquisición de equipos médicos.
- ▲ Relaciones entre la secretaría y la dirección regional: Ambos cargos son ejercidos por la misma persona. Se están desarrollando actividades de bienestar social con la secretaría de educación. El secretario de salud pública participa en las reuniones y actividades de la junta departamental.

---

### **3.8 Departamento de Alto Paraná**

- ▲ Población: 407.000 habitantes
- ▲ Estructura de sanidad: 18 distritos.
- ▲ Consejos: No se ha formado un consejo departamental. El departamento espera hacerlo cuando las condiciones sean más propicias, pero por ahora se le da más importancia al trabajo con las poblaciones, que a convocar a los representantes oficiales del departamento. Se han formado 4 consejos distritales en los principales centros urbanos del departamento: Ciudad del Este, Hernandarias, Franco y Minga Guazú.
- ▲ Planificación: La dirección regional tiene planes de actividad muy detallados. No existe un plan sanitario departamental integrado.
- ▲ Presupuesto: El presupuesto departamental de 1996 tiene rubros para renovaciones de centros y puestos de sanidad, la compra de medicamentos, la reparación de equipos, y pagos a los médicos. La dirección regional no conoce el contenido del presupuesto departamental.

- ▲ Relaciones entre la secretaría y la dirección regional: La secretaría de salud pública presta su apoyo a la Dirección Regional, suministrándole en algunos casos vehículos para campañas de vacunación y otras actividades programadas. No obstante, no hay intercambio de información presupuestaria.

---

### **3.9 Departamento Central**

- ▲ Población: 1.367.794 habitantes
- ▲ Estructura de sanidad: Incluye a la Gran Asunción y 19 distritos
- ▲ Consejos: Se ha formado el consejo departamental, que tiene la aprobación del Consejo Nacional de Salud, y tres consejos distritales en San Lorenzo, Ipacaray y Capiatá. El consejo distrital de San Lorenzo fue el primero del país.
- ▲ Planificación: La secretaría de salud pública trabaja en base a proyectos concretos, como por ejemplo el curso de sanidad para escuelas secundarias, para estudiantes del cuarto, quinto y sexto año, creado para incentivar a los jóvenes a participar en la promoción y prevención sanitarias. La dirección regional está ahora autorizada para la compra directa de medicamentos. Los centros y puestos de sanidad comunican sus necesidades a la dirección regional, que efectúa las compras correspondientes.
- ▲ Presupuesto: La gobernación tiene un presupuesto de sanidad que ya ha sido usado para mejorar el funcionamiento de centros y puestos de sanidad. Un ejemplo de esto es la creación de un departamento de neonatología en el distrito de San Lorenzo, comprándose equipos y haciéndose cargo del salario del neonatólogo responsable.
- ▲ Relaciones entre la secretaría y la dirección regional: Dado que no están delineadas sus respectivas funciones y objetivos, frecuentemente hay duplicación entre las actividades de la dirección regional y de la secretaría de salud pública, habiendo entonces políticas paralelas. Se espera que el cambio reciente de director regional mejore las relaciones.

---

### **3.10 Departamento de Ñeembucú**

- ▲ Población: 70.000 habitantes
- ▲ Estructura de sanidad: 16 distritos, 4 centros de salud y 28 puestos sanitarios
- ▲ Consejos: No se han formado consejos.
- ▲ Presupuesto: La gobernación tiene un presupuesto para sanidad

---

### **3.11 Departamento de Canindeyú**

- ▲ Población: 104.000 habitantes
- ▲ Estructura de sanidad: 7 distritos
- ▲ Consejos: Se ha formado el consejo departamental de salud pública.
- ▲ Presupuesto: La gobernación no tiene presupuesto para sanidad.

---

### **3.12 Departamento Presidente Hayes**

- ▲ Población: 65.000 habitantes
- ▲ Estructura de sanidad: Abarca a 32 colonias indígenas con una población de 17.500 habitantes, pero no hay puestos de sanidad.
- ▲ Consejos: Ha sido formado el consejo departamental, aprobado por el Consejo Nacional de Salud. Se ha formado el consejo distrital de Benjamín Aceval. No se ha decidido la formación de un consejo distrital en Villa Hayes (capital del departamento).
- ▲ Planificación: El secretario de salud indicó que se necesita ayuda para la elaboración de un plan departamental de sanidad, con la participación de todos los protagonistas del sector sanidad.
- ▲ Presupuesto: La gobernación tiene fondos destinados a la sanidad y actualmente está planeando la construcción para la población indígena con fondos de dicho gobierno.
- ▲ Relaciones entre la secretaría y la dirección regional: Coordinan sus labores y tienen programas conjuntos de atención médica, medicamentos y vacunación, para que lleguen a las poblaciones menos accesibles. La secretaría provee el transporte y pago a los médicos. No ha habido ninguna coordinación todavía con el intendente municipal.

---

### **3.13 Departamento de Alto Paraguay**

- ▲ Población: 12.000 habitantes
- ▲ Estructura de sanidad: 2 distritos, 2 centros de sanidad, no hay hospital regional
- ▲ Consejos: No han sido formados
- ▲ Planificación: Se preparan planes con la dirección regional, por ejemplo, para la capacitación de promotores de salud.
- ▲ Presupuesto: La gobernación no tiene presupuesto para sanidad.
- ▲ Relaciones entre la secretaría y la dirección regional: Ambos cargos son ejercidos por la misma persona.

---

### **3.14 Departamento de Boquerón**

- ▲ Población: 29.000 habitantes
- ▲ Estructura de sanidad: El 60 por ciento de la población es indígena.
- ▲ Consejos: Se ha formado el consejo departamental, que tiene los registros de sus reuniones.
- ▲ Planificación: Se preparó un plan de salud para el año 1996
- ▲ Presupuesto: La gobernación no tiene asignado presupuesto para el sector sanidad.

---

## 4. Posible programa de apoyo de la USAID

Dentro del proceso de planificación estratégica de USAID/Asunción, el apoyo a la descentralización es uno de los planes de acción propuestos para lograr el objetivo estratégico del fortalecimiento de la democracia en el país. En el momento de redactarse el presente informe, dicho objetivo estratégico todavía no había tenido una aprobación definitiva, pero es probable que el programa de USAID/Asunción se concentre en aumentar la sensibilidad del Gobierno y su responsabilidad ante la población, promoviendo la participación popular en las actividades gubernamentales.

La descentralización es considerada una de las transformaciones más importantes de la administración pública en el Paraguay desde la introducción del gobierno elegido en 1989. Aunque que la descentralización todavía está en sus fases iniciales, los departamentos y las municipalidades han aceptado la tarea de representar a la población y llevar a cabo programas de desarrollo para satisfacer debidamente sus necesidades. Los sectores de mayor interés local son los de la educación, las obras públicas y la sanidad. Varios departamentos han incluido programas de desarrollo para dichos sectores en sus presupuestos.

El sector de la sanidad es el que más avanzado está en la descentralización, la cual incluye una desconcentración directiva, transfiriendo la autoridad a las direcciones regionales, y una colaboración estrecha entre los el Ministerio de Salud Pública y las secretarías de sanidad de los gobiernos departamentales. Este análisis demuestra la dedicación y determinación con que las autoridades departamentales y municipales apoyan la descentralización en el sector sanitario. También ha comenzado la programación de recursos financieros en varios presupuestos departamentales y municipales.

En cuanto a la representación de la población, los consejos formados o planeados ofrecen por primera vez el acceso de la población a las estructuras para la toma formalizada de decisiones. Por tanto, el sector de la sanidad es uno de los que más conciernen a la población. Los avances que se logren en la creación de los consejos distritales sanitarios permitirán que la población se haga oír, y contribuirán a mejorar la planificación y el uso de los recursos de sanidad.

Las condiciones en el sector de sanidad parecen favorecer la realización del proceso de descentralización; ofreciendo a la población un verdadero acceso a la participación en las decisiones sobre el uso de los fondos públicos y promoviendo la sensibilidad y la rendición de cuentas del Estado en cuanto al uso de fondos públicos.

La participación de la población en el manejo de programas de salud a nivel local no puede fortalecerse en un vacío, sino que debe formar parte de la descentralización en una escala más amplia. Para que tenga éxito la participación de la población en los consejos de sanidad es necesario el respaldo a todo nivel —local, regional y central— y promover las relaciones entre los diferentes niveles. Al mismo tiempo es importante ayudar a las poblaciones para que aprovechen las oportunidades existentes de participar en la toma de decisiones, y para que dirijan sus energías hacia programas que mejoren su salud, o que contribuyan a mejorar la calidad de los servicios prestados. A continuación se describe un programa general de apoyo.

---

### 4.1 Para crear una visión común sobre la descentralización

La descentralización es un proceso a largo plazo que afectará a todos los sectores del Estado. La actual falta de claridad y unanimidad sobre el modelo de descentralización seguido en el Paraguay, la falta de un marco jurídico reconocido, es motivo de ansiedad e incertidumbre entre los afectados. Dado el interés en la descentralización y el intenso debate que la circunda, un primer paso esencial es llegar a un acuerdo general sobre una visión común de dicho proceso. Es prematuro esperar que haya unanimidad sobre el modelo de descentralización en el Estado en su conjunto, pero es posible lograr una visión común para un proyecto piloto de descentralización en el sector de la

sanidad. Un proyecto tal, ejecutado en determinados departamentos y distritos, ofrecería resultados y lecciones sobre la descentralización que podrían aprovecharse en otros lugares del país, al igual que en otros sectores.

Uno de los componentes de dicha visión debería ser una clara definición de las funciones y responsabilidades de los secretarios de salud pública y de los directores regionales. Mientras se elabora el marco jurídico para la descentralización, un diálogo franco entre todos los principales interesados podrá producir un acuerdo en cuanto a las reglas para proceder en el proyecto piloto de sanidad. Un diálogo tal también permitiría llegar a una comprensión más profunda del significado de la descentralización a nivel regional y local, qué repercusiones y responsabilidad implica la descentralización para las poblaciones, y qué recursos están ofreciendo los consejos departamentales y distritales de salud pública.

La creación de una visión común del proyecto debe ser un proceso constante en el que participen todos los afectados. Es fundamental formular un concepto del proceso. Por un lado, permite el perfeccionamiento y revisión constantes de la comprensión y ejecución por la gente del modelo piloto de descentralización con el curso del tiempo. Por otro lado, ayuda a formular el propio proyecto piloto. La inclusión, desde el principio, de los protagonistas y de los beneficiarios en la formulación del programa es una manera de lograr un apoyo político amplio para las actividades. Una visión común para el proyecto piloto de descentralización puede crearse mediante un proceso de planificación estratégica tanto a nivel central como dentro de cada región en la que tendrán lugar las actividades.

---

## **4.2 Criterios para seleccionar los departamentos**

Pueden considerarse los siguientes criterios para la selección de los departamentos pilotos:

- ▲ El departamento ya ha formado un consejo departamental.
- ▲ Hay voluntad política existente a nivel departamental para trabajar en el sector sanitario.
- ▲ El departamento ya tiene un presupuesto para las actividades sanitarias.
- ▲ Los intendentes municipales tienen un nivel adecuado de educación.
- ▲ Los cargos de secretario de salud pública y de director regional son desempeñados por una sola persona.
- ▲ El departamento tiene accesibilidad geográfica.

---

## **4.3 Componentes del proyecto piloto**

A continuación figura un breve resumen de algunos de los componentes que tendrían que incluirse en un proyecto piloto.

### **4.3.1 Fortalecimiento de la capacidad institucional**

Uno de los componentes esenciales del respaldo de la USAID al proceso de descentralización deberá ser el fortalecimiento de la capacidad institucional y el personal de las instituciones participantes en el proceso. Como se ha mencionado, es indispensable que este fortalecimiento tenga lugar a todos los niveles del sistema y debe influir en las relaciones entre el nivel central y el departamental, y entre este último y el local. El apoyo a los consejos distritales de sanidad de los departamentos piloto será un componente esencial del proyecto.

El tipo de apoyo deberá determinarse con la participación directa de los miembros del consejo, pero deberá incluir métodos para analizar el estado sanitario de las poblaciones, identificar un orden de prioridades para los programas de sanidad, dirigir programas para mejorar la calidad, y trabajar en equipos de representantes de la población. Esto incluirá trabajar con comités vecinales, organizaciones no gubernamentales y otros grupos privados. Cada consejo deberá tener una amplia representación de grupos de la población.

### **4.3.2 Definición de funciones y responsabilidades a nivel central**

El proyecto deberá incluir un componente de apoyo al nivel central del Ministerio de Salud Pública para ayudar a definir y asumir su función normativa y supervisora respecto de las regiones.

### **4.3.3 Transferencia de la gestión de recursos humanos**

Al mismo tiempo que es necesario crear consejos distritales de sanidad, es necesario que haya sistemas para la gestión de recursos humanos que permitan la transferencia del poder decisorio a los niveles de los departamentos y de los centros de sanidad.

### **4.3.4 Administración de recursos financieros**

Aparte de la aclaración de las funciones de los diversos consejos y los medios de colaboración entre los diferentes niveles, un obstáculo importante para el funcionamiento debido de los consejos es la falta de control sobre los presupuestos. Esto es particularmente evidente a nivel de los establecimientos de sanidad, en los que los administradores no conocen sus propios presupuestos ni controlan los gastos del personal, suministros ni medicamentos. Dado que los ingresos recaudados por los establecimientos no son controlados por los administradores de las instalaciones, sino transferidos al Ministerio de Finanzas para su reasignación subsiguiente, no hay incentivos mejorar la recaudación de ingresos ni para un uso eficiente de los recursos. Además, los secretarios de sanidad no conocen los montos presupuestados para sus departamentos por el Ministerio de Salud Pública. La cooperación que ahora pudiera existir entre los secretarios de sanidad y los directores regionales es el resultado de la buena voluntad de las personas que ocupan dichos cargos, lo cual no se traduce en un mejor control por los gobiernos departamentales de las actividades sanitarias en sus departamentos.

Hay varios modelos posibles para transferir la autoridad, sobre los que deberá tratarse con los diversos protagonistas durante la planificación del proyecto. Esta discusión deberá abarcar la transferencia de fondos centrales a los departamentos y municipalidades, y la coordinación de presupuestos y gastos dentro de los departamentos. Otro componente importante a considerarse es un programa para la recuperación de costos.

---

## **4.4 Sostenibilidad**

No se podrá fortalecer la democracia a menos que los programas de asistencia técnica conduzcan a una participación más efectiva de los ciudadanos comunes en el Gobierno. Si concentra su apoyo en los consejos de salud pública de los distritos, la USAID podrá contribuir a la formación de una nueva forma de Gobierno participativo. Sin apoyo técnico, el éxito de los consejos dependerá exclusivamente de la capacidad directiva existente a nivel departamental y local. Fortaleciendo los consejos y ayudándolos a asumir sus responsabilidades y a intervenir en todas las etapas de las actividades de sanidad, se supone que dichos grupos podrán llegar a ser organizaciones permanentes que brindarán a las poblaciones la oportunidad de asumir la responsabilidad por la salud de sus miembros.

Este proceso será sostenible en la medida en que se establezcan acuerdos sobre el modelo y la ejecución de la descentralización con una amplia participación de todos los afectados, a nivel central, regional y local. El éxito a

largo plazo también dependerá del que tenga la descentralización en mejorar la salud de las poblaciones entre las cuales se esté llevando a cabo el programa. Un factor importante en dicho éxito será la medida en que los acuerdos concertados se hayan llevado debidamente a la práctica, en particular con referencia a las transferencias de fondos, la transferencia de la autoridad a los funcionarios regionales y la formación de capacidad local.

---

# Bibliografía

- Cámara de Diputados. 1995. *Proyecto de Ley: Sistema Nacional de Salud*.
- Carrizosa, Agustín. 1995. *Propuesta sobre el Sistema Nacional de Salud en el Paraguay*. FUNSADES
- González, Marino. 1995. *La descentralización de los servicios de salud en Paraguay: Análisis y alternativas*. Versión preliminar.
- Jickling, David y colaboradores. 1995. *Evaluación de la democracia en el Paraguay*. Washington, DC. Checchi Company.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social/Consejo Nacional de Salud. 1994. *Relatorio coloquio sobre concertación, participación y descentralización en salud*. Con el apoyo de Desarrollo de la Vivienda y Urbano Regional/América del Sur de la USAID (RHUODO/SA) y la Universidad Internacional de la Florida.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. 1994. *Gobernación Concepción. Modelo integrado para actuar en salud y desarrollo a nivel departamental*. OPS/OMS.
- Ortellado, Juan Manuel. 1994. *Análisis de los procesos de inversión en ambiente y salud en Paraguay*. (OPS/OMS).
- Servicios Internacionales de Suecia. 1995. *Descentralización, conceptos y aplicaciones*. Estocolmo y San José (Costa Rica).
- Universidad Internacional de la Florida. 1995. *Paraguay: Descentralización, gobierno subnacional, participación ciudadana y el proceso de democratización*.
- Vidovich Morales, Andrés. 1995. *Hacia un sistema nacional de salud. Presentación de un perfil de anteproyecto que crea el Seguro Médico Nacional*. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay.